

第三者行為による傷病届

【記入例】

項目		内容	
届出者 (被保険者名等)	① 被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 岡●・●●●●●●	保険者名 ◆◆市
	届出者情報 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	ふりがな 氏名 〒	生年月日 S45年 4月 29日 TEL
	氏名 / 生年月日 住所 / 電話	こくほ いちろう 国保 一郎 ◆◆市◆◆ 1-2-3	086 (XXX) XXXX
被害者 (受診者)	② 氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏名 〒	届出者との関係 生年月日 S46年 10月 10日 TEL
	住所 / 電話	こくほ はなこ 国保 花子 ◆◆市◆◆ 1-2-3	086 (XXX) XXXX
加害者 (第三者)	③ 氏名	ふりがな 氏名 〒	TEL
	住所 / 電話	かがい そうた 加害 走太 △△市△△△ 4-5	086 (YYY) YYYY
事故発生状況	④ 事故発生日時	令和3年 7月 1日	午前 / 午後 10時 25分頃
	事故発生場所	◆◆市◇◇町◆◆丁目◆◆先路上	
	労災保険対象の確認	本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 (※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック)	
自賠責保険 (加害者)	⑤ 保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 〇〇保険株式会社	ふりがな 氏名 加害 走太
	登録番号 / 車台番号	登録番号 岡山588 こ 9999	車台番号 LA-999999
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 令和2年 4月 15日 ~ 令和4年 5月 15日	自賠責証明書番号 第 ABCD12345 号
任意保険 (加害者)	⑥ 保険会社名 / 担当部署	保険会社名 ▲▲海上保険株式会社	担当部署
	取扱店所在地 / 電話	〒 700-ZZZZ ▲▲市▲▲▲ 6-7-8	TEL 086 (NNN) NNNN
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名 損保 次郎	E-mail
	保険契約者名	ふりがな 氏名 加害 走太	
	住所	〒 700-XXXX △△市△△△ 4-5	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和3年 5月 2日 ~ 令和4年 5月 1日	契約番号 第 OPQRSTU6789 号
任意対人一括の有無	有 / 無		
被害者加入の保険 会社の関与	⑦ 関与の有無を チェックし、 「有」の場合 は右欄を記入 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名 ▽▽共済	担当部署
		担当者氏名 平和 譲	TEL 086 (PPP) PPPP
治療状況	⑧ 診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 ※治療終了日(見込)については可能な範囲でご記入ください。	① 診療機関名 健康病院	入院 有 / 無
		② 診療機関名 交通クリニック	入院 有 / 無
		③ 診療機関名	入院 有 / 無
		④ 診療機関名	入院 有 / 無
⑨ 傷病届作成日 / 作成支援の有無	R3年 7月 10日	本届出書を損害保険会社等(業務委託先を含む)の支援を受けて作成した場合はチェック <input checked="" type="checkbox"/>	

(注) 本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容をご記入ください。